

12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

---

INDAGINE CONOSCITIVA  
SULLO STATO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA  
DI SOPPRESSIONE DELLE STRUTTURE MANICOMIALI  
RESIDUE E DI REALIZZAZIONE DELLE STRUTTURE  
ALTERNATIVE DI ASSISTENZA PSICHIATRICA

13° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 15 LUGLIO 1997

**Presidenza del presidente CARELLA**

**INDICE****Documento conclusivo**

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 17, 18
CAMERINI ( <i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i> ) .....	18
CASTELLANI Carla ( <i>AN</i> ) .....	16, 17
DANIELE GALDI ( <i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i> ) .....	15
DE ANNA ( <i>Forza Italia</i> ) .....	16
DI IORIO ( <i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i> ) .....	17
LAURIA ( <i>Forza Italia</i> ) .....	16
MIGNONE ( <i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i> ) .....	18
TOMASSINI ( <i>Forza Italia</i> ) .....	18

*I lavori hanno inizio alle ore 20,50.*

**Documento conclusivo**

(Discussione e approvazione)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame della proposta di documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione del programma di soppressione delle strutture manicomiali residue e di realizzazione delle strutture alternative di assistenza psichiatrica.

In qualità di relatore, ho predisposto il seguente schema di documento:

PROPOSTA DI DOCUMENTO CONCLUSIVO DELL'INDAGINE  
CONOSCITIVA SULLO STATO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAM-  
MA DI CHIUSURA DELLE STRUTTURE MANICOMIALI RESIDUE  
E SULLA REALIZZAZIONE DELLE STRUTTURE ALTERNATIVE  
DI ASSISTENZA PSICHIATRICA

*L'indagine conoscitiva.*

Il permanere dei cosiddetti «residui manicomiali» ha rappresentato, come è noto, uno dei maggiori ostacoli alla piena attuazione, nel corso dell'ultimo ventennio, della riforma dell'assistenza psichiatrica introdotta con la legge n. 180 del 1978.

La conservazione dell'istituzione, infatti, mentre ha determinato la mancata deospedalizzazione di molti dei soggetti ricoverati da più lungo tempo, ha altresì favorito la riproduzione in varie forme delle tradizionali modalità di gestione del disagio mentale; occorre inoltre considerare che il pesante onere finanziario determinato dalla mancata chiusura degli ex ospedali psichiatrici – con costi unitari per degente molto alti, data la diminuzione degli ospiti e l'abbattimento delle economie di scala – ha ostacolato il reperimento di risorse idonee allo sviluppo dell'assistenza psichiatrica territoriale.

La consapevolezza di questi problemi aveva indotto il Parlamento ad approvare, in sede di esame dei documenti finanziari per il 1995, una norma – il comma 5 dell'articolo 3 della legge n. 724 del 1994, recante misure di razionalizzazione della finanza pubblica – con la quale si imponeva alle regioni di provvedere entro il 31 dicembre 1996 alla chiusura delle strutture manicomiali residue destinando i relativi beni mobili e immobili alla produzione di reddito, finalizzando le risorse così ricavate all'attuazione del progetto-obiettivo «tutela della salute mentale 1994-1996».

Nella primavera del 1996 cominciava ad apparire evidente che il dettato della norma suddetta era rimasto praticamente inattuato in gran parte del paese.

La Commissione sanità del Senato decideva quindi di accogliere la sollecitazione che proveniva da più parti, e in particolare dai settori più sensibili degli operatori psichiatrici, affinché si riprendesse il processo di dismissione dei residui manicomiali, evitando, se possibile, una proroga del termine previsto dalla legge n. 724 del 1994.

La Commissione pertanto deliberava all'unanimità, in data 16 luglio 1996, di svolgere un'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione del programma di soppressione delle strutture manicomiali residue e di realizzazione delle strutture alternative di assistenza psichiatrica, indagine che veniva autorizzata dal Presidente del Senato in data 22 luglio 1996.

Successivamente, a conferma dell'importanza della questione, anche la Commissione Affari Sociali della Camera deliberava un'analoga indagine conoscitiva, e venivano quindi adottate intese tra le presidenze delle due assemblee per coordinare le attività di indagine delle due commissioni.

#### *La fase istruttoria dell'indagine.*

In una prima fase la Commissione ha svolto una serie di audizioni con dirigenti del Ministero della sanità e con rappresentanti delle regioni.

In particolare, fra il 17 settembre e il 26 ottobre 1996, la Commissione ha ricevuto:

a) i funzionari del Ministero della sanità, dottor Nicola Falcitelli dirigente generale del dipartimento programmazione, e dottor Raffaele D'Ari, direttore generale del dipartimento professioni sanitari, risorse umane e tecnologiche in sanità e assistenza sanitaria di competenza statale;

b) i funzionari dell'Assessorato alla sanità della regione Piemonte dottor Leopoldo Cappenberg e dottoressa Giovanna Aimone;

c) le funzionare dell'Assessorato alla sanità della regione Lazio dottoressa Paola Palazzi e dottoressa Lucia Arrighi;

d) i funzionari dell'Assessorato alla sanità della regione Emilia Romagna dottor Alberto Andreotti e dottor Cosimo Argentieri;

e) i funzionari dell'Assessorato alla sanità della regione Abruzzo Enzo Mancinelli e dottoressa Estensa Mazzini;

f) i funzionari dell'assessorato alla sanità della regione Sicilia il dottor Salvatore Scondotto e dottor Maurizio D'Arpa;

g) i funzionari dell'Assessorato alla sanità della regione Campania dottor Andrea Pennino e dottoressa Rosa Tucci;

h) i funzionari dell'Assessorato alla sanità della regione Marche dottor Nicola Scola e signora Gina Frezzotti;

i) i funzionari dell'Assessorato alla sanità della regione Basilicata dottor Donato Grieco, dottor Rocco Libutti e dottor Michele La Penna;

l) la funzionaria dell'Assessorato alla sanità della regione Calabria dottoressa Rosanna Muscolo;

- m) il funzionario dell'Assessorato alla sanità della regione Toscana dottor Romano Percopo;
- n) il funzionario dell'Assessorato alla sanità della regione Lombardia dottor Lorenzo Petrovich;
- o) il funzionario dell'Assessorato alla sanità della provincia autonoma di Trento dottor Giovanni Martini;
- p) il rappresentante dell'Assessorato alla sanità della regione Friuli Venezia-Giulia dottor Angelo Righetti;
- q) il funzionario dell'Assessorato alla sanità della regione Umbria professor Giovanni Barro;
- r) il funzionario dell'Assessorato alla sanità della regione Sardegna dottor Vittorio Ranieri;
- s) la funzionaria dell'Assessorato alla sanità della regione Puglia dottoressa Angela Mengano.

I funzionari del Ministero della sanità, in particolare, hanno fornito alla Commissione ragguagli in ordine ad una verifica dello stato di attuazione dei progetti di superamento che il Ministero della sanità aveva allora in corso di svolgimento.

Tale monitoraggio, che nel corso dell'indagine conoscitiva si è poi rivelato per molti aspetti carente, aveva come parametro di riferimento la congruità dei progetti di superamento rispetto al progetto-obiettivo nazionale «tutela della salute mentale» 1994-1996, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994.

Dalla rilevazione risultavano presenti strutture ospedaliere pubbliche residue in tutte le regioni, con eccezione della Val d'Aosta, del Molise - regioni queste dove non sono mai stati operanti istituti manicomiali - della provincia di Bolzano e della Basilicata, dove peraltro operava in regime convenzionale un istituto appartenente alla Casa della Divina Provvidenza - opera Don Pasquale Uva.

I degenti ricoverati risultavano essere, nell'anno 1996, 11.516 nei 62 istituti psichiatrici pubblici e 4.752 negli istituti privati convenzionati.

Secondo le valutazioni dei rappresentanti del Ministero, solo per 30 strutture ospedaliere pubbliche la fase di realizzazione dei progetti di chiusura potevano considerarsi avanzata; in particolare solo per 5 di esse era prevedibile il rispetto della data del 31 dicembre 1996 quale termine ultimo per la chiusura, mentre altre 25 avrebbero dovuto chiudere entro il primo semestre 1997; per le restanti 32 il Governo avrebbe fornito le indicazioni programmatiche e, ove necessario, il supporto tecnico per consentire di completare la dismissione entro il 1997.

Per quanto riguarda le modalità dei progetti di chiusura, il Ministero della sanità aveva previsto in conformità al progetto-obiettivo nazionale e in attesa della definizione delle linee-guida per le regioni una classificazione dei pazienti in diverse tipologie, in relazione alle quali costituire, ove necessario, differenti strutture di assistenza.

Una prima categoria è quella dei soggetti dotati di sufficiente autonomia e con prognosi favorevole per i quali deve essere possibile la riallocazione in strutture, quali le case famiglia, che pur avendo caratte-

re solo parzialmente sanitario, continuano ad essere affidate alla supervisione dei dipartimenti di salute mentale.

La seconda categoria è quella dei soggetti affetti da patologie gravi e a rischio di cronicità per i quali si rende necessario il ricovero in strutture sanitarie protette, la cui dimensione ottimale è valutata in 20 posti letto complessivi; pur condividendo, anche per promuovere nell'opinione pubblica la percezione dell'effettivo superamento dell'istituzione manicomiale, che l'allocazione di queste strutture dovesse essere posta all'esterno degli istituti precedentemente adibiti ad ospedali psichiatrici, i rappresentanti del Ministero della sanità ritenevano necessario prevedere realisticamente che una parte di tali pazienti sarebbero rimasti all'interno di attuali strutture manicomiali opportunamente ristrutturate.

La terza categoria è quella costituita dai soggetti con problemi non propriamente psichiatrici – vale a dire le persone anziane e i soggetti con menomazioni psicofisiche e sensoriali che versano in stato di abbandono – la cui assistenza, non avendo carattere specificamente sanitario, è da attribuire ai servizi sociali.

Le audizioni dei rappresentanti delle regioni mettevano in evidenza da una parte l'ampiezza del ritardo – in effetti solo la regione Emilia-Romagna e la provincia autonoma di Trento dichiaravano di essere in grado di terminare la chiusura nei tempi prescritti dalla legge – e dall'altra la complessità dei problemi, anche culturali, legati alla realizzazione dei piani di chiusura.

Tra le altre questioni venute in rilievo nel corso delle audizioni, risultavano particolarmente gravi quella relativa agli aspetti occupazionali – in particolare per quanto riguarda i dipendenti degli ospedali psichiatrici privati, meno facilmente riconvertibili ad altre attività nell'ambito dell'assistenza psichiatrica – e quella concernente il rischio che molti programmi di chiusura avessero carattere puramente formale, sostanziosamente nel mantenimento degli ospiti all'interno delle vecchie strutture psichiatriche, ovvero nel loro concentramento in uno solo degli ex ospedali psichiatrici regionali, attraverso una mera operazione di trasformazione nominalistica dell'ospedale stesso in una serie di residenze sanitarie assistenziali o di altre strutture analoghe.

Altre questioni che risultavano particolarmente delicate erano quelle relative ai rapporti con i servizi comunali di assistenza – ai quali dovevano passare in carico i soggetti con problemi di carattere non propriamente sanitario e psichiatrico – nonché alla corretta destinazione dei beni immobili degli ex ospedali psichiatrici, spesso di grande valore architettonico e situati in aree di particolare pregio, rispetto ai quali oltre tutto erano possibili in molte realtà rivendicazioni di titolarità da parte dei comuni.

Le audizioni con i rappresentanti delle regioni hanno inoltre messo in evidenza la non uniforme e in gran parte carente realizzazione delle strutture territoriali deputate alla presa in carico e alla cura dei nuovi pazienti psichiatrici, in particolare per quanto riguarda la non soddisfacente operatività di molti centri di igiene mentale e l'insufficiente dimensionamento, in molte regioni, dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura, anche se va considerato che in molti casi l'insufficienza dei reparti

per acuti è determinata dal loro uso improprio, a sua volta causato dall'inefficienza dell'assistenza territoriale.

*La chiusura degli ospedali psichiatrici nella manovra finanziaria per il 1997.*

Conclusa la fase istruttoria, la Commissione ha iniziato un programma di sopralluoghi presso ex ospedali psichiatrici.

Nel frattempo peraltro, in sede di esame dei documenti finanziari per il 1997, grazie anche alla sensibilizzazione che l'indagine conoscitiva aveva prodotto nel Parlamento e nella pubblica opinione, veniva realizzato un ulteriore passo avanti per la chiusura delle strutture manicomiali residue. Veniva infatti evitata, così recependo l'esigenza più volte ripetuta nel corso dell'indagine dagli operatori più impegnati, l'adozione di una proroga del termine previsto dalla legge n. 724 del 1994. Pertanto, con il comma 20 dell'articolo 1 della legge n. 662 del 1996, recante «misure di razionalizzazione della finanza pubblica», è stato confermato il termine ultimo per la soppressione degli ex ospedali psichiatrici al 31 dicembre 1996, imponendo alle regioni di adottare entro il 31 gennaio 1997 strumenti di pianificazione riguardanti la tutela della salute mentale, in attuazione di quanto previsto dal progetto-obiettivo 1994-1996, in modo da realizzare entro l'anno l'effettiva chiusura dei residui manicomiali.

Il comma 23 dello stesso articolo, poi, ha introdotto una serie di sanzioni a carico delle regioni inadempienti, per le quali è stata prevista una riduzione della quota spettante in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale.

Tale ultima disposizione, che risponde all'esigenza di garantire l'effettiva attuazione dei programmi di dismissione dei residui manicomiali, è stata però da taluni criticata in quanto colpirebbe, più che le amministrazioni regionali inadempienti, i cittadini fruitori delle prestazioni sanitarie. Talune critiche ha determinato anche il comma 21 che, diversamente da quanto previsto dal comma 5 dell'articolo 3 della legge n. 724 del 1994, subordina la destinazione alla produzione di reddito dei beni mobili e immobili degli ospedali psichiatrici dismessi alla loro non utilizzabilità per altre attività sanitarie, ipotesi questa che potrebbe di fatto consentire una distrazione di risorse dall'assistenza psichiatrica ad altre utilizzazioni, sempre di carattere sanitario.

*I sopralluoghi presso gli ex ospedali psichiatrici.*

Dopo i primi sopralluoghi, effettuati anteriormente all'esame delle norme di razionalizzazione della finanza pubblica presso gli ex ospedali psichiatrici Bianchi di Napoli e Mater Domini di Nocera Superiore e presso gli istituti della Casa della Divina Provvidenza -Opera Don Uva di Foggia e di Bisceglie, i successivi sopralluoghi effettuati dalla Commissione hanno tenuto conto della nuova situazione determinata dall'approvazione della legge n. 662 del 1997, e quindi della redazione dei pia-

ni da parte delle regioni e della loro valutazione da parte degli operatori.

In questa seconda fase, le regioni visitate sono state la Liguria (ex ospedale psichiatrico di Cogoleto), il Lazio (ex ospedale psichiatrico Santa Maria della Pietà di Roma e Casa della Divina Provvidenza di Guidonia), il Friuli Venezia-Giulia (strutture territoriali di assistenza psichiatrica dell'ASL di Trieste), Lombardia (ex ospedale psichiatrico di Como, Istituto Fatebenefratelli di Cernusco sul Naviglio e ex ospedale psichiatrico Pini di Milano), Calabria (ex ospedale psichiatrico di Girifalco), Sardegna (ex ospedali psichiatrici di Cagliari e di Sassari) e Abruzzo (casa di cura Villa Serena di Pescara e casa di cura Villa Pini di Chieti).

Nel corso di queste visite la Commissione ha potuto verificare l'esistenza di realtà molto articolate, e non sempre corrispondenti alla tradizionale dicotomia fra il sud e il nord del paese, dove a situazione di sostanziale immobilismo si contrappongono realtà caratterizzate da notevole dinamismo.

Al di là di queste differenze – in buona parte collegate al modello organizzativo adottato per la dismissione degli ex ospedali psichiatrici, in quanto sono apparsi più motivati e produttivi quei progetti gestiti, come a Napoli e Roma, da dirigenti appositamente nominati per presiedere alla dismissione – sono emerse dai sopralluoghi una serie di problematiche comuni.

Occorre considerare, in primo luogo, che, al fine di evitare la sanzione comminata dalla legge di razionalizzazione della finanza pubblica per il 1997, le regioni hanno generalmente presentato nei termini i piani di dismissione; tuttavia molti di questi documenti sembrano pedissequamente ricalcati sulle linee-guida emanate dal Ministero all'inizio di quest'anno, linee-guida considerate insoddisfacenti dalla generalità degli operatori perchè prive di quegli elementi di concretezza e di innovazione che soli possono assicurare la riuscita dell'operazione di chiusura.

Queste carenze, sia per quanto riguarda la puntualità dei termini previsti per le successive fasi di chiusura, sia per quanto riguarda le garanzie sulla effettiva realizzazione delle strutture alternative e del loro inserimento in rete territoriale di servizi, potranno determinare, se non saranno corrette, il fallimento anche di quei progetti di dismissione condotti fino ad oggi con maggiore efficacia, ma che devono trovare una risposta e un seguito da parte della programmazione regionale.

Una prima importante differenza tra le realtà visitate dalla Commissione può essere individuata nella selezione delle direttrici di intervento.

Occorre infatti rilevare che, in particolare per quanto riguarda gli ex ospedali psichiatrici pubblici, la grave dequalificazione del loro patrimonio edilizio e strutturale comportava più o meno dovunque la necessità di interventi urgenti a carattere conservativo e migliorativo, ciò sia per migliorare comunque le condizioni di vita degli ospiti, sia per realizzare all'interno di queste strutture settori caratterizzati da livelli di intimità e di recupero della gestione del quotidiano



necessari per consentire il progressivo riadattamento degli ospiti ad un modello di vita extra-istituzionale.

Tale esigenza di salvaguardia e recupero degli ambienti determina però il rischio che risorse eccessive possano essere convogliate all'interno della struttura di dismettere, a scapito della creazione all'esterno di strutture idonee ad accogliere i pazienti dimessi. Questo rischio non sembra essere stato sempre evitato; la permanenza all'interno degli ex ospedali psichiatrici di residenze sanitarie assistenziali e di comunità protette, di per sè non necessariamente censurabile, sembra prefigurare in taluni progetti una sostanziale riproposizione dell'ospedale psichiatrico con una mera modifica di denominazione.

Al fine di evitare un simile rischio, appaiono particolarmente interessanti le esperienze di chi ha saldato le attività dirette alla progressiva risocializzazione dei pazienti autonomi e semi-autonomi da dimettere nelle strutture intermedie o presso le famiglie di origine – attività caratterizzate dall'apertura all'esterno dell'ex manicomio – con la riappropriazione, da parte dei quartieri o delle cittadine nei quali le strutture sono ubicate, del complesso manicomiale e delle sue dotazioni, quali giardini, impianti sportivi e locali adibiti ad attività culturali e ricreative.

Risultano poi particolarmente complesse le problematiche afferenti alla partecipazione delle aziende sanitarie e dei comuni di provenienza al processo di dimissione degli ospiti. In molte realtà l'individuazione degli enti competenti per i singoli degenti ha determinato un non facile processo di ricostruzione delle identità anagrafiche dei pazienti. Si tratta di una attività che ha messo in luce lo stato di sostanziale abbandono di gran parte degli ospiti degli ex manicomi e la elevata frequenza di gravi abusi, sia dal punto di vista della collocazione e della permanenza in ospedale psichiatrico di una elevata percentuale di soggetti non psichiatrici – in particolare anziani non assistiti e portatori di handicap – sia dal punto di vista della gestione delle risorse a vario titolo rientranti nel patrimonio degli ospiti stessi.

Al di là di queste difficoltà di carattere anagrafico, sul piano operativo i maggiori problemi riguardano la disponibilità dei comuni a prendere in carico i soggetti rientranti nell'area socio-assistenziale e talune difficoltà di coordinamento tra i diversi progetti di dimissione derivanti dall'appartenenza di pazienti ad aziende sanitarie locali di regioni diverse da quelle in cui è collocato l'ex ospedale psichiatrico.

Un'altra questione di particolare rilievo è quella relativa alla riconversione del personale addetto agli ex ospedali psichiatrici.

Se per il personale degli ex manicomi pubblici i problemi sono relativi – e hanno riguardato essenzialmente la loro partecipazione ai processi di dimissione sia in quanto si tratta in gran parte di personale vicino al collocamento a riposo, sia perchè i soggetti più giovani e motivati possono essere, se necessario dopo una fase di riqualificazione professionale, assegnati all'assistenza psichiatrica territoriale – più grave è la problematica relativa ai dipendenti degli ex ospedali psichiatrici privati operanti in regime di convenzione.

Nel corso dei sopralluoghi, comunque, la Commissione ha riscontrato una forte disponibilità da parte dei responsabili delle due più im-

portanti reti di assistenza psichiatrica convenzionata -l'ordine ospedaliero San Giovanni di Dio Fatebenefratelli e l'Opera Don Pasquale Uva casa della Divina Provvidenza, che rappresentano, rispettivamente nel settentrione e nel mezzogiorno, la grande maggioranza delle istituzioni private convenzionate - a collaborare con il settore pubblico per prestare la loro attività nell'ambito dell'assistenza territoriale.

Appare più delicata la posizione di talune istituzioni private a carattere imprenditoriale, come ad esempio la Casa di cura Villa Serena di Pescara e la Casa di cura Villa Pini di Chieti. Al di là della più o meno sviluppata efficienza assistenziale e terapeutica delle due strutture suddette, vi è l'impressione di una maggiore difficoltà di superare l'assistenza istituzionale in quelle realtà dove i privati sembrano aver operato negli ultimi anni in un quadro di virtuale latitanza del servizio pubblico.

Il ruolo dei privati, peraltro, deve essere valutato con particolare attenzione anche con riferimento alla loro partecipazione al processo di riallocazione degli ospiti dimessi. Va infatti evitato il rischio che, una volta di più, modalità di gestione del disagio mentale in termini di pura custodia e di esclusione si riproducano a danno dei cittadini malati e a vantaggio di operatori non sempre qualificati.

Laddove non risulta sempre possibile riassorbire il personale degli istituti psichiatrici privati convenzionati all'interno del sistema dell'assistenza psichiatrica propriamente detta, può essere valutato il loro coinvolgimento in forme di cooperativa sociale dirette ad avviare al lavoro ospiti di ex ospedali psichiatrici dotati di sufficiente autonomia, iniziative queste ultime di cui la Commissione ha potuto verificare interessanti esempi, anche in realtà per molti versi particolari come quella calabrese, dove si riscontrano delle serie difficoltà a riportare nel territorio d'origine l'assistenza degli ospiti dell'unico ex ospedale psichiatrico pubblico.

Nel corso dei sopralluoghi la Commissione ha anche potuto visitare una serie di strutture intermedie di assistenza psichiatrica.

In particolare la Commissione ha visitato il dipartimento di salute mentale di Trieste e due strutture intermedie allocate nel territorio del comune. Nel corso di questo sopralluogo, che ha confermato la validità del modello triestino di gestione del disagio mentale, la Commissione ha potuto acquisire indicazioni circa la possibilità di utilizzare forme intermedie di assistenza ambulatoriale che, se adottate anche in altre realtà, potrebbero contribuire a ridurre l'utilizzazione impropria dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

*Le valutazioni degli operatori, delle associazioni dei familiari e del Governo.*

Conclusa la fase dei sopralluoghi, la Commissione ha svolto una serie di ulteriori audizioni oltre che, come già ricordato, con i rappresentanti della proprietà e dei lavoratori delle istituzioni private, anche con i rappresentanti delle famiglie, delle società psichiatriche e con il Ministro della sanità.

Per le associazioni dei familiari sono stati ascoltati la dottoressa Anna Rosa Andretta, in rappresentanza dell'Associazione per la difesa degli ammalati psichici gravi; il dottor Ernesto Muggia, il dottor Carlo Volpi e il dottor Franco Daniele in rappresentanza dell'Unione nazionale delle associazioni per la salute mentale; la dottoressa Maria Luisa Zardini, la signora Maria Pia Maglia e il dottor Ottavio Bevilacqua in rappresentanza dell'Associazione per la riforma dell'assistenza psichiatrica.

Le associazioni dei familiari, pur con differenti sfumature, hanno tutte sottolineato l'aleatorietà di molti programmi regionali di superamento dell'istituzione manicomiale, sia per l'insufficienza delle risorse finanziarie, sia per la mancanza di un quadro di regole certe e sufficientemente cogenti per le amministrazioni regionali e per le aziende sanitarie locali, anche se hanno manifestato una valutazione decisamente favorevole in ordine alla disposizione della legge n. 662 del 1996 che conferisce un ruolo prioritario al completamento delle strutture intermedie di assistenza psichiatrica tra le opere edilizie da realizzare con le risorse messe a disposizione dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988. Viva preoccupazione è stata invece manifestata, soprattutto dall'Associazione per la difesa degli ammalati psichici gravi, circa i rischi di un'utilizzazione impropria del patrimonio edilizio appartenente agli ex manicomi.

Le associazioni stesse hanno inoltre richiamato l'attenzione della Commissione sul problema rappresentato in alcune realtà, in particolare per quanto riguarda l'ex ospedale psichiatrico di Como, da talune controverse operazioni di rivalsa sulle risorse dei degenti, mediante le quali è stato realizzato un patrimonio di alcune decine di miliardi, in relazione alla cui utilizzazione vi è stato un lungo e difficile contenzioso.

Le associazioni inoltre hanno manifestato la loro preoccupazione in ordine alla problematica degli ospedali psichiatrici giudiziari, la cui attuale configurazione mal si concilia, da un lato, con l'attuale disciplina dell'assistenza psichiatrica e, dall'altro, con le asserite finalità terapeutiche, atteso il carattere prevalentemente penitenziario che, anche per la tipologia del personale addetto, tali istituzioni rivestono tuttora.

Le associazioni dei familiari, pur concordando sul giudizio complessivamente non favorevole circa la gestione del disagio mentale da parte della generalità delle regioni, hanno espresso valutazioni non omogenee in ordine al quadro normativo nel quale l'azione delle regioni si colloca.

Se infatti l'Unione delle associazioni per la salute mentale e l'Associazione per la Difesa degli ammalati psichici gravi hanno, in misura diversa, espresso un giudizio complessivamente positivo sullo schema del progetto-obiettivo nazionale per la salute mentale per il triennio 1997-1999 e sulla necessità di dare piena attuazione al sistema configurato con la legge n. 180 del 1978, i rappresentanti dell'Associazione per la riforma dell'assistenza psichiatrica ritengono che sia proprio tale quadro di riferimento a dover essere rivisto, soprattutto modificando l'attuale disciplina del trattamento sanitario obbligatorio e individuando luoghi istituzionali dove i sofferenti possano

essere coattivamente sottoposti alla cura per un tempo sufficiente ad avviarli a strutture intermedie e di risocializzazione.

La Commissione ha quindi ascoltato, in rappresentanza delle società scientifiche di psichiatria, il professor Pierluigi Scapicchio e il dottor Ferdinando De Marco per la Società italiana di Psichiatria e la dottoressa Giuseppina Gabriele, il dottor Luigi Attenasio, la dottoressa Giovanna Del Giudice, il dottor Emilio Lupo, il dottor Renato Donisi e il dottor Giuseppe Costabile della Società italiana di Psichiatria democratica.

Dall'incontro con le società scientifiche di psichiatria è emersa la necessità di elaborare una serie di indicatori per la verifica dell'effettività del processo di superamento della struttura manicomiale, valutando se essi si svolgano in un effettivo e organico quadro di interventi terapeutici e preventivi territoriali, e non indulgendo alla tentazione sempre ricorrente di proporre approcci miracolistici al problema della malattia mentale.

Tenendo conto del fatto che la chiusura definitiva dei manicomi può ritenersi realizzata solo laddove si riesca a ricollocare effettivamente nel territorio i cittadini ospiti di tali istituzioni – attraverso una riconversione della spesa sanitaria, una formazione permanente degli operatori e un'integrazione funzionale e costante con le famiglie, tutte dirette all'obiettivo della più ampia riabilitazione sociale – destano preoccupazione i caratteri ambigui delle linee guida elaborate dal Ministero della sanità, la cui indeterminatezza ha di fatto consentito a talune regioni di realizzare programmi di superamento che suscitano notevoli perplessità.

Le società scientifiche hanno altresì sottolineato la necessità di risolvere la complessa questione relativa agli ospedali psichiatrici privati, la cui resistenza all'attuazione della legge trova il suo punto di forza nel grave problema occupazionale. Ferma restando la necessità di risolvere quest'ultimo problema attraverso una corretta impostazione delle relazioni sindacali, che costringa le aziende ad assumersi le loro responsabilità nei confronti dei lavoratori senza scaricarle sullo Stato, è necessario che l'ente pubblico svolga in pieno la propria opera di controllo dell'applicazione della legge da parte di questi istituti, anche per quanto riguarda la corretta gestione del problema delle risorse proprie dei ricoverati, per il quale risulta indispensabile la rapida costituzione degli uffici tutelari.

I rappresentanti delle due società scientifiche hanno espresso valutazioni differenti per quanto riguarda i tempi del processo di dismissione, che a parere della società italiana di psichiatria non può richiedere meno di due anni, tuttavia esse hanno concordato sulla convinzione che il successo del programma di superamento delle strutture manicomiali sia legato alla promozione di un processo di ampia partecipazione.

In rappresentanza degli ospedali psichiatrici privati convenzionati e delle organizzazioni dei lavoratori, la Commissione ha ascoltato:

la signora Patrizia Di Berto e il dottor Massimo Cozza in rappresentanza dell'associazione sindacale dei lavoratori degli ospedali psichiatrici privati della CGIL;

la signora Doristella De Orsi in rappresentanza della CISL;  
il dottor Armando Masucci in rappresentanza della UIL;  
i signori Michele Losacco e Nicolangelo Cosmai in rappresen-  
tanza della FIALS;

suor Teresina Abruzzese, suor Grazia Santoro, il dottor Giovanni Caprioli, il dottor Antonio Soldani e il dottor Antonio Mercolessa in rappresentanza dell'Opera Don Giovanni Uva - Casa della Divina Provvidenza;

Padre Raimondo Fabello, il professor Giorgio Marinato e il dottor Marinato Coriasso in rappresentanza dell'Ordine ospedaliero San Giovanni di Dio Fatebenefratelli.

I rappresentanti della Casa della Divina Provvidenza hanno manifestato l'intenzione dell'Opera di procedere, nella consapevolezza peraltro delle diversità esistenti fra le varie realtà in cui opera la Casa della Divina Provvidenza, ad un complessivo programma di riconversione che consenta alla Casa stessa di partecipare all'attività di assistenza sul territorio, garantendo, per quanto possibile, i livelli occupazionali del personale. Tale riconversione dovrà riguardare anche le strutture immobiliari della Casa, che dovranno essere in parte messe a disposizione della rete dei servizi esistente sul territorio. La realizzazione di tali progetti è, a parere dei rappresentanti dell'Opera, condizionata alla risoluzione del grave squilibrio finanziario dell'Opera stessa, determinato soprattutto dal mancato aggiornamento dal 1992 delle rette, dalla loro ritardata corresponsione e dalla dinamica salariale dei dipendenti.

La controparte sindacale ha manifestato interesse per tali proposte, sottolineando la necessità di quantificare in maniera credibile il personale che sarà addetto alla gestione dei servizi riconvertiti e di individuare piani di formazione e di aggiornamento, eventualmente applicando gli strumenti individuati dai recenti provvedimenti governativi diretti a favorire l'occupazione.

Anche l'ente ospedaliero San Giovanni di Dio Fatebenefratelli ha dichiarato di essere disponibile ad operare sul territorio in collaborazione con il settore pubblico, privilegiando il proprio ruolo di istituto di riabilitazione.

La Commissione ha infine ascoltato il Ministro della sanità che ha condiviso le preoccupazioni da più parti espresse circa le caratteristiche dei piani di superamento elaborati dalle regioni, che confermano le opportunità delle decisioni assunte dal Governo di accantonare la quota del fondo sanitario nazionale che può essere trattenuta quale sanzione per le regioni inadempienti, salvo verificare a consuntivo del 1997 la validità dei piani adottati e assumere le conseguenti decisioni.

Il Ministro ha altresì assicurato che il Governo si farà carico in tempi brevi di esaminare la questione degli ospedali psichiatrici giudiziari e si è soffermato sullo schema del nuovo progetto-obiettivo della salute mentale, inteso a qualificare i servizi psichiatrici territoriali nell'ambito dei livelli minimi di assistenza.

#### *Valutazioni conclusive.*

In conclusione, l'indagine conoscitiva ha fornito una immagine complessa della psichiatria italiana dal momento che, se ha confermato

la gravità delle carenze che si riscontrano in molte parti d'Italia nel campo dell'igiene mentale, ha peraltro posto in luce l'esistenza di esperienze di servizio territoriale ormai sufficientemente consolidate da consentire anche ripensamenti critici dei modelli in un primo tempo adottati.

Nella consapevolezza quindi della necessità di realizzare finalmente un'applicazione più concreta, completa e generale del sistema di assistenza fondato sulla legge n. 180 del 1978, la Commissione ha confermato una valutazione sostanzialmente positiva della strada seguita con la legge n. 724 del 1994 e 662 del 1996 per favorire il definitivo superamento dell'ospedale psichiatrico.

È peraltro emersa la necessità di una verifica periodica, analitica e continua, anche da parte del Parlamento, di quanto viene realizzato nel settore. A questo scopo è necessaria prima di tutto in tempi contenuti una verifica dei piani predisposti dalle regioni e della congruità delle soluzioni offerte in materia di strutture di assistenza intermedia.

La Commissione ritiene che uno strumento importante per tale verifica possa essere l'istituzione, similmente a quanto già previsto in materia di tossicodipendenza, di una conferenza periodica nazionale nella quale si possano confrontare le esperienze di tutti gli operatori della salute mentale.

La Commissione sottolinea altresì la necessità di utilizzare i patrimoni edilizi degli ex ospedali psichiatrici secondo criteri che garantiscano da un lato la loro finalizzazione a funzioni vantaggiose per la collettività, e dall'altro consentano un effettivo reperimento di risorse destinate alla tutela della salute mentale.

La Commissione inoltre ritiene che il Governo e le istituzioni pubbliche preposte alla gestione della sanità debbano saper cogliere e valorizzare le disponibilità manifestate dai privati a individuare programmi di riconversione delle strutture che non compromettano i livelli di occupazione e, soprattutto i servizi resi alla collettività, senza peraltro consentire che, ricorrendo a una sorta di ricatto occupazionale si possano avallare operazioni dirette ad aggirare l'obiettivo del superamento dell'ospedale psichiatrico.

La Commissione ha infine convenuto sulla necessità di un'urgente revisione dell'attuale ordinamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. A tale proposito si sottolinea l'assoluta incoerenza della permanenza, in presenza di un sistema sanitario che non conosce più l'ospedale psichiatrico, di una istituzione modellata sull'ospedale psichiatrico stesso, ma adattata secondo modalità che ne hanno sempre totalmente privilegiato il carattere di luogo di pena rispetto alle finalità terapeutiche.

Onorevoli colleghi, come potete constatare, lo schema di documento conclusivo che propongo alla Commissione si articola in una premessa, nella quale vengono riportati i motivi per cui nasce questa indagine e la fase istruttoria dell'indagine stessa, che comprende le audizioni svolte fra il 17 settembre e il 26 ottobre del 1996. In particolare la Commissione ha ascoltato dirigenti del Ministero della sanità e i rappresentanti delle regioni, in particolare i funzionari dell'Assessorato alla sanità delle regioni Piemonte, Lazio, Emilia-Romagna, Abruzzo, Sicilia, Campania,

Marche, Basilicata, Calabria, Toscana, Lombardia, Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Sardegna e Puglia e della provincia autonoma di Trento.

Dopo questa prima fase, nel corso della quale abbiamo assunto informazioni relative allo stato di attuazione, nelle singole realtà regionali, del processo di superamento dei residui manicomiali, come Commissione ma anche come Parlamento nel suo complesso, abbiamo ripreso la questione degli ospedali psichiatrici all'interno della manovra finanziaria per il 1997.

Infine la Commissione ha svolto una serie di sopralluoghi presso gli ospedali psichiatrici Bianchi di Napoli e Mater Domini di Nocera superiore e presso gli istituti della Casa della Divina Provvidenza-opera Don Uva di Foggia e di Bisceglie. In una seconda fase ho visitato inoltre gli ex ospedali psichiatrici di Cogoleto in Liguria, Santa Maria della Pietà di Roma e Casa della Divina Provvidenza di Guidonia, l'ex ospedale psichiatrico di Como, l'Istituto Fatebenefratelli di Cernusco sul Naviglio, nonché l'ex ospedale psichiatrico Pini di Milano, quello di Girifalco in Calabria, gli ex ospedali psichiatrici di Cagliari e Sassari e infine le case di cura Villa Serena di Pescara e Villa Pini di Chieti.

Ovviamente la relazione fa il punto sulle azioni intraprese fino a questo momento dalle regioni. Viene anche menzionata l'ulteriore audizione del Ministro della sanità e quella dei rappresentanti delle associazioni dei familiari e del mondo scientifico; infine, nell'ultima audizione, molto interessante, abbiamo ascoltato gli esponenti del sindacato ed i rappresentanti della proprietà degli ospedali psichiatrici privati, in quanto abbiamo unanimemente ritenuto che il superamento degli ospedali psichiatrici privati, con le ripercussioni che tale dismissione può determinare sul personale, sia uno dei grossi problemi da risolvere.

Infine, prima di dare la parola a colleghi anche per eventuali suggerimenti e proposte di modifica vorrei invitarli a considerare con particolare attenzione le valutazioni conclusive del documento in esame.

Dichiaro aperta la discussione sullo schema di documento conclusivo testè illustrato.

DANIELE GALDI. Ringrazio il Presidente per il taglio che ha voluto dare alla relazione conclusiva del nostro lavoro. Ho letto attentamente il documento e mi sembra che esso recepisca quanto emerso nel lavoro svolto e le osservazioni che di volta in volta abbiamo avanzato in occasione delle audizioni e dei sopralluoghi.

Nelle valutazioni conclusive, il Presidente ha sottolineato l'esigenza – avvertita da noi tutti, in fondo – di un monitoraggio da parte del Parlamento sui problemi dell'assistenza psichiatrica. Il nostro lavoro, infatti, non può esaurirsi con sei mesi di visite, incontri e approfondimenti, ma è necessario che continuiamo a seguire, di passo in passo, la riconversione delle strutture per l'assistenza psichiatrica.

Credo anche opportuno proporre al Governo di attivarsi per organizzare un incontro annuale, biennale o triennale (successivamente se ne potrà stabilire la scadenza) per consentire l'espressione di tutte le realtà che sono sul territorio, al fine di modificare e aggiornare le azioni che di volta in volta sarà necessario adottare. D'altra parte, il ministro Bindi

ha già manifestato, nel corso della sua audizione presso questa Commissione, la disponibilità del Governo ad accogliere tale suggerimento.

Da sottolineare, infine, anche la proposta di aprire un dibattito sugli ospedali psichiatrici giudiziari, altro elemento nuovo emerso in seguito alla indagine conoscitiva che abbiamo svolto.

Pertanto, sono davvero convinta che il documento elaborato dal presidente Carella in qualità di relatore esprima in modo appropriato le conclusioni di questa prima fase dei nostri lavori.

LAURIA Baldassarre. Signor Presidente, ritengo che il documento conclusivo al nostro esame sia puntuale e dettagliato e, pertanto, esprimo la mia sostanziale soddisfazione.

In particolare, ho apprezzato che nelle valutazioni conclusive si ponga attenzione soprattutto all'avvio del processo di dismissione degli ex manicomi. Concordo inoltre sulla necessità di un controllo costante da parte del Parlamento, per vigilare sull'attuazione dei piani predisposti, affinché si proceda finalmente alla soluzione di questo problema, come si sta tentando di fare ormai da tempo.

DE ANNA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, anch'io mi associo al giudizio espresso dal collega Lauria.

Vorrei ricordare che in Commissione c'è stata una grande collaborazione nell'affrontare il tema relativo al programma di soppressione delle strutture manicomiali residue e di realizzazione delle strutture alternative di assistenza psichiatrica. Al di là della preoccupazione per l'esistenza di realtà diverse in Italia a seconda delle regioni, possiamo constatare che, perlomeno, adesso vi è una volontà diffusa di dare finalmente piena attuazione alla riforma introdotta con la legge 13 maggio 1978, n. 180.

È mia convinzione, d'altra parte, che per quella quota di pazienti psichiatrici completamente non autonomi (corrispondente al 10-15 per cento del numero totale dei degenti) saranno comunque necessarie delle strutture protette, che bisognerà quindi prevedere accanto a quelle alternative.

Comunque, occorre sottolineare che in questo settore l'Italia ha compiuto uno sforzo eccezionale, che ci pone all'avanguardia sulle problematiche della salute mentale.

In conclusione, ribadisco il giudizio favorevole del Gruppo Forza Italia sulla proposta di documento conclusivo formulata dal presidente Carella.

CASTELLANI Carla. Signor Presidente, nel corso di questa indagine conoscitiva abbiamo potuto verificare che lo spirito della legge n. 180 del 1978 è ancora ben lungi dall'essere realizzato; i sopralluoghi effettuati presso gli ex ospedali psichiatrici e le audizioni svolte in Commissione hanno dimostrato come nelle varie regioni esistano realtà assolutamente contrastanti.

Ritengo, inoltre, che non si possa attribuire al privato la responsabilità di aver occupato spazi lasciati vacanti dal servizio pubblico, come



invece sembra emergere dal documento in alcuni passaggi (ad esempio, anche in riferimento alle case di cura Villa Pini e Villa Serena della mia regione, l'Abruzzo); al contrario, va riconosciuto che le strutture private hanno dato ampia dimostrazione di efficienza in campo assistenziale.

Nel corso dei nostri lavori, poi, è stato trattato in modo molto marginale il problema relativo al personale sanitario operante in questo settore; credo invece che la riqualificazione di questo personale costituisca uno degli obiettivi importanti da perseguire per raggiungere le finalità della legge n. 180. E non dimentichiamo che è stato trascurato anche il problema dei manicomi giudiziari.

Per i motivi che ho appena elencato, il mio giudizio sulla proposta di documento conclusivo è solo parzialmente positivo. Pertanto, a nome del Gruppo Alleanza Nazionale, annuncio che ci asterremo dalla votazione su di esso.

DI ORIO. Signor Presidente, vorrei esprimere un giudizio sulle considerazioni testè svolte dalla senatrice Castellani. In realtà, la situazione psichiatrica in questo momento nel paese e la relazione del presidente Carella sono due elementi diversi. Le valutazioni che lei ha espresso, senatrice Castellani, riguardano la situazione del paese, mentre il documento del presidente Carella è una relazione sul lavoro svolto dalla Commissione nel corso di questa indagine conoscitiva.

Non voglio giudicare la posizione di Alleanza Nazionale, ma solo precisare che si tratta di due realtà diverse. Nel documento il Presidente ha esposto in modo molto corretto le conclusioni del lavoro svolto; l'astensione dal voto significherebbe quasi che il presidente Carella abbia mal rappresentato la situazione ed io non credo che si possa fare questa affermazione.

CASTELLANI Carla. Indubbiamente, la relazione del Presidente ha rappresentato in modo calzante lo svolgimento dell'indagine conoscitiva, però è ben lontana dalla realtà che abbiamo osservato.

PRESIDENTE. Non voglio polemizzare con la senatrice Castellani, però io credo – e d'altronde qui ci sono colleghi che hanno seguito con me tutta l'indagine conoscitiva, dal Friuli alla Calabria – di non aver rappresentato una realtà diversa da quella che oggettivamente abbiamo visto.

Inoltre, nella stessa relazione si muovono critiche ben precise, senza considerare nè il colore politico nè l'area geografica, rilevando l'indempienza delle regioni che non hanno attuato quanto era previsto da un progetto obiettivo. Anche a proposito del caso da lei citato, relativo alla regione Abruzzo, è chiaro che, se c'è una forte presenza del privato (come in Puglia, che è la mia regione), la responsabilità va attribuita al servizio pubblico che ha abdicato al privato. Ritengo di aver esposto con chiarezza questo concetto nella mia relazione.

MIGNONE. Signor Presidente, io non ho partecipato assiduamente ai lavori per lo svolgimento di questa indagine conoscitiva, però dalla

lettura del documento che stiamo esaminando rilevo che esso fotografa fedelmente la situazione della psichiatria in Italia, almeno al di là dei dettagli). Il testo proposto, pertanto, fornisce un quadro di insieme che – secondo le mie conoscenze – corrisponde alla realtà.

Ma soprattutto vorrei esprimere il mio apprezzamento per questa relazione perchè nelle valutazioni conclusive sono state avanzate anche delle proposte, sulle quali ritengo che la Commissione stessa debba impegnarsi, anche in futuro, di concerto con il Governo per modificare l'assetto della psichiatria in Italia.

TOMASSINI. Signor Presidente, ritengo che lo schema di documento conclusivo proposto rappresenti abbastanza fedelmente la realtà che abbiamo riscontrato durante i sopralluoghi e quanto abbiamo ascoltato durante le audizioni, in un percorso che, pur non avendo coinvolto in modo continuativo tutti i membri della Commissione, è risultato – a mio avviso – molto interessante. Certo, ognuno usa i suoi toni e i suoi modi di esprimersi, e questo mi sembra normale. Sicuramente, se avessimo scritto noi la relazione, avremmo sottolineato qualche altro aspetto, come per esempio il disagio fortemente sottolineato dai parenti e la situazione delle famiglie che hanno questo problema, alle quali preme molto una soluzione legislativa in tempi rapidi.

Però, come qualcuno ha già detto, il compito di un'indagine conoscitiva è quello di fotografare la situazione esistente, piuttosto che suggerire soluzioni, che peraltro erano state avanzate nel corso dei lavori e sono state riportate nelle conclusioni di questo documento, così come erano state rappresentate durante il dibattito e durante le audizioni. Di conseguenza, il Gruppo Forza Italia, che condivide sostanzialmente la relazione, voterà a favore.

CAMERINI. Signor Presidente, colleghi, mi sento di condividere in pieno una esposizione, secondo me, assai puntuale, che illustra molto chiaramente la situazione dell'assistenza psichiatrica in Italia e che contiene – aspetto, credo, da apprezzare – anche una componente propositiva.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti la proposta di documento conclusivo, ricordando che restano a disposizione della Commissione tutti i documenti acquisiti nel corso delle varie visite ed audizioni effettuate.

**È approvata.**

*I lavori terminano alle ore 21,15.*



